Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 624 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2015

Meer inzicht in en begrip van de kosten van de zorg bij verzekerden/patiënten leidt ertoe dat ook zij een steentje kunnen bijdragen aan zinnig en zuinig gebruik van zorg. Om die reden werk ik samen met betrokken koepelorganisaties in de verschillende sectoren aan het traject kostenbewustzijn. In mijn vorige voortgangsbrief kostenbewustzijn, van 2 juli 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 534), heb ik toegezegd uw Kamer voor de zomer van 2015 opnieuw te informeren over de stand van zaken kostenbewustzijn. Met deze brief kom ik aan deze toezegging tegemoet.

Er wordt op verschillende niveaus gewerkt aan het verhogen van het kostenbewustzijn bij patiënten en verzekerden. Ik zal als eerste ingaan op de stand van zaken rond de inzichtelijke zorgnota in de diverse sectoren. Vervolgens beschrijf ik de stand van zaken over inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling, inclusief de doorontwikkeling van opendisdata.nl en de nadere regel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» van de NZa. Daarna ga ik in op de activiteiten die worden ondernomen rond de als hoog ervaren kosten. Tot slot ga ik in op de «no show» en geef ik antwoord op een vraag van de PVV inzake declaraties van buitenlandse patiënten.

Inzichtelijke zorgnota

Een goed leesbare nota stelt patiënten beter in staat inzicht te krijgen in hun eigen zorgkosten. Daarnaast kunnen zij daarmee mogelijke onjuistheden in de declaraties beter signaleren, wat kan leiden tot correctie van het eigen risico en eigen bijdragen. Zowel in de medisch specialistische zorg als in de curatieve geestelijke gezondheidszorg is de zorgnota aanzienlijk inzichtelijker gemaakt.

kst-29689-624
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Medisch specialistische zorg

Zoals ik in mijn vorige voortgangsbrief kostenbewustzijn heb beschreven kunnen verzekerden bij wie de behandeling na 1 juni 2014 is gestart, bij het afsluiten van de DBC, op de «mijnomgeving» van de zorgverzekeraar een inzichtelijke zorgnota inzien. Door de zorgaanbieder wordt vanaf die datum bij de declaratie aanvullende informatie meegeleverd, die getoond wordt via de «mijnomgeving».
De informatie op de nieuwe inzichtelijke nota is uitgebreider dan op de oude nota. Naast de DBC en het specialisme wordt de diagnose en de uitgevoerde zorgactiviteiten meegeleverd en zichtbaar gemaakt op de «mijn omgeving». Daarnaast is de nota begrijpelijker gemaakt, door consumentenvertalingen op te nemen. Inmiddels is gebleken dat verzekerden de nota inderdaad begrijpelijker vinden. De Consumentenbond heeft onderzoek gedaan naar de invoering van de inzichtelijke zorgnota, door een test van de ziekenhuisrekening uit te voeren. Van de 524 ondervraagde verzekerden geeft ruim 73% aan de rekening duidelijker te vinden dan de oude. Waar de oude rekening gemiddeld een rapportcijfer 5,7 kreeg, krijgt de nieuwe gemiddeld een 7,3. Nadere evaluaties volgen nog. Zoals ik in mijn vorige voortgangsbrief al aankondigde heeft de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) samen met Ieder(in) en het landelijke Platform GGZ (LPGGz) de meldactie Kostenbewustzijn uit 2012 herhaald. De resultaten daarvan worden, iets later dan beoogd, binnenkort verwacht. Kanttekening is wel dat zij geen onderscheid hebben gemaakt tussen de oude en de nieuwe nota's. Om die reden heb ik met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en de NPCF afgesproken dat we begin volgend jaar een gezamenlijke evaluatie gaan uitvoeren.

GGZ

In mijn vorige voortgangsbrief heb ik u gemeld dat ook in de GGZ maatregelen genomen worden om het inzicht in de kosten na afloop van een behandeling te verbeteren. De GGZ-factuur bevat sinds vorig jaar al extra informatie. De aanbieder dient op de factuur onder andere te vermelden wie de hoofdbehandelaar is geweest en hoeveel directe en indirecte tijd aan de patiënt besteed is door zowel hoofdbehandelaar als eventueel betrokken medebehandelaars. In de basis-GGZ vindt de patiënt daarnaast op de factuur welke prestatie geleverd is: kort, middellang, intensief, chronisch of een onvolledig behandeltraject (bij onterechte verwijzing naar de basis-GGZ). In de gespecialiseerde GGZ staat, tenzij de cliënt daartegen bezwaar heeft gemaakt in een privacyverklaring, de diagnoseclassificatie op de factuur. Daarmee heeft ook de patiënt toegang tot deze relevante informatie.

Maar we laten het hier niet bij. Van belang is dat de patiënt de genoemde informatie weet te vinden én kan begrijpen. Daarom wordt momenteel samen met ZN, GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ (LPGGz) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verder gewerkt aan nog betere informatievoorziening richting de patiënt. Ook de vrijgevestigde aanbieders worden hierbij betrokken. Geïnventariseerd wordt wat, bij alle informatie die nu al gegeven wordt op de factuur, de nadere informatiebehoefte van de patiënt is. Kort gezegd: staat alle benodigde informatie nu op de factuur en begrijpt de patiënt/verzekerde wat er staat? De eerdergenoemde meldactie, waarvan LPGGz een van de initiators is, zal hier belangrijke input voor leveren. Onder andere de «mijnomgeving» kan op een toegankelijke manier in deze informatiebehoefte voorzien. Waar de

informatie op de factuur voor patiënten onduidelijk is, wordt een zogenoemde consumentenvertaling opgesteld, die uiteindelijk automatisch op de «mijnomgeving» geplaatst kan worden. Ik streef er samen met eerdergenoemde partijen naar om de «mijnomgeving» uiterlijk met ingang van 2017 hierop in te richten.

Naar aanleiding van de uitkomsten van een project over zorgfraude van het LPGGz en andere cliëntenorganisaties, dat begin 2015 is afgerond en is geïnitieerd en gefinancierd door het Ministerie van VWS, heeft het LPGGz een handreiking met betrekking tot de factuur opgesteld, inclusief voorbeeldbrieven die de cliënt kan gebruiken als hij meer informatie wil uitvragen bij zowel de zorgverzekeraar als de aanbieder. De handreiking is recent gepubliceerd op www.meldjezorg.nl. De cliënt stelt vragen over de kosten van de behandeling niet alleen aan zijn zorgverzekeraar, maar ook vaak aan de aanbieder. GGZ Nederland inventariseert bij de achterban welke vragen zij van hun cliënten krijgen en de organisaties van de vrijgevestigden wordt gevraagd hetzelfde te doen. Op basis daarvan kan het brede communicatietraject rond kostenbewustzijn, dat vorig jaar reeds voor de ziekenhuizen is ingevoerd, voor het einde van dit jaar voor de GGZ worden aangevuld, zodat ook de GGZ-patiënten en verzekerden optimaal worden geïnformeerd over de financiële aspecten van de zorg.

Eerste lijn

Ook bij de eerstelijnszorg wordt momenteel bezien welke verbeteringen nodig en mogelijk zijn om de zorgnota inzichtelijker te maken. De farmacie is reeds actief in het nader informeren van haar patiënten over de financiële aspecten van de zorg.

De leden van het Bestuurlijk Overleg Farmacie hebben in 2013 een Kwaliteitsagenda opgesteld, waarbij één van de agendapunten het «Verbeteren van de prijstransparantie voor patiënten en het in beeld krijgen van patiëntenervaringen ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening» is. Met dit agendapunt is beoogd om meer eenduidige informatie aan te bieden aan de patiënt. Deze eenduidige informatie is afgestemd en opgenomen in een door partijen vastgestelde lijst van «frequently asked questions» (FAQ-lijst). De FAQ-lijst bevat een reeks van vragen en antwoorden ten aanzien van prijzen en apothekerstarieven en over het preferentiebeleid en wordt gepubliceerd op onder andere de website van de Consumentenbond (http://www.consumentenbond.nl/tests/bestanden/voeding-gezondheid/veelgestelde_vragen_voorkeursbeleid.pdf). Apothekers, apothekersassistenten en (call-centers van) zorgverzekeraars maken gebruik van deze informatie, bij het informeren van patiënten en verzekerden. U bent over de uitkomsten van de Kwaliteitsagenda Bestuurlijk Overleg Farmacie geïnformeerd in april 2014 (Kamerstuk 29 477, nr. 284).

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft op de publiekswebsite http://www.apotheek.nl/meldpunt-medicijnkosten een meldpunt medicijnkosten ingesteld om de hoeveelheid en aard van de vragen helder te krijgen die patiënten hebben als het gaat om de prijs, kosten of vergoeding van farmaceutische zorg en die in de praktijk tot veel vragen en/ of discussie aan de apotheekbalie leiden. Op deze manier leveren apothekers een bijdrage aan meer duidelijkheid voor patiënten over de vergoeding van medicijnen en farmaceutische zorg. In het najaar van 2015 treedt de KNMP naar buiten met de resultaten die naar voren komen uit de verschillende meldingen.

Inzicht in kosten voorafgaand aan een behandeling

In mijn vorige voortgangsbrief kostenbewustzijn heb ik beschreven welke activiteiten in gang zijn gezet om het inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling te vergroten. Een van deze activiteiten was de lancering van de site www.opendisdata.nl door de NZa. Ook heb ik afgelopen jaar gesproken met ZN over het inzichtelijk maken van de kosten voorafgaand aan een behandeling op de «mijn omgeving». In het Algemeen Overleg inzake de risicoverevening van 23 september 2014 heb ik toegezegd voor de zomer 2015 op beide zaken nader in te gaan. Daarnaast ga ik kort in op de nadere regel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» van de NZa en de inkijkvoorziening die in het kader van het jaar van de transparantie wordt opgezet.

Opendisdata.nl

Op de site opendisdata.nl wordt door de NZa een volledig en maandelijks geactualiseerd overzicht gepresenteerd van diagnoses, zorgactiviteiten en gemiddelde verkoopprijzen van DBC's in ziekenhuizen. De site richt zich in eerste instantie op professionele gebruikers die in enige mate vertrouwd zijn met de DBC systematiek, zoals zorgverzekeraars en zorginstellingen. Deze kunnen de informatie gebruiken om hun eigen zorg te vergelijken met de landelijke geleverde zorg. In mijn vorige voortgangsbrief heb ik aangegeven met de NZa en NPCF in gesprek te gaan over het eventueel doorontwikkelen van de (gepresenteerde data op) opendisdata.nl, zodat deze bruikbaar is voor een bredere doelgroep. Na overleg met genoemde partijen is besloten om nu niet in te zetten op de doorontwikkeling van de site, aangezien de toegevoegde waarde hiervan voor patiënten beperkt is. De NPCF geeft aan dat er vooral behoefte is aan informatie over de gecontracteerde prijzen van een behandeling en specifiek over de mate waarin het eigen risico wordt aangesproken. Aangezien opendisdata.nl werkt met gemiddelde prijzen zal de site ook na een doorontwikkeling niet aan deze wensen tegemoet komen. Besloten is om in te zetten op betere informatievoorziening door verzekeraars.

Inzicht in de kosten voorafgaand aan behandeling door verzekeraars

In mijn brief over het jaar van de transparantie, d.d. 2 maart 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 149) heb ik het volgende beschreven: «zorgverzekeraars geven, indien vooraf duidelijk is welke behandeling een patiënt zal ondergaan, inzicht in de kosten bij een of meerdere zorgaanbieders». Wellicht ten overvloede merk ik op dat, om inzicht te krijgen in de kosten voorafgaand aan een behandeling, helder moet zijn om welke behandeling het precies gaat. In veel gevallen wordt pas gaandeweg het zorgtraject duidelijk om welke DBC het precies gaat. Daar waar dit vooraf duidelijk is vind ik het bij goede dienstverlening van de zorgverzekeraar horen dat zij patiënten en verzekerden bij vragen informeren over de kosten van de behandeling. In overleg met ZN is besloten dat er geen *landelijke* faciliteit wordt ontwikkeld om dit inzicht in de kosten vooraf weer te geven. Zorgverzekeraars hebben aangegeven deze faciliteiten zelf te willen ontwikkelen, aangezien dit onderdeel is van het geheel aan dienstverlening aan zijn verzekerden. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hierin hun verantwoordelijkheid waarmaken zijn hierover bepalingen opgenomen in de Nadere Regel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (zie onderstaand).

Nadere regel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten»

De NZa werkt momenteel aan een Nadere Regel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten». In de conceptregel is onder andere opgenomen dat van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij, op verzoek van een consument, informatie geven over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder. Daarbij moet de zorgverzekeraar de consument alle informatie geven die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Als de zorgverzekeraar niet beschikt over deze informatie (bijvoorbeeld omdat de aanbieder niet gecontracteerd is) informeert de zorgverzekeraar de consument erover dat de consument het tarief voor de behandeling of dienst bij de zorgaanbieder kan opvragen en de zorgverzekeraar op basis hiervan de consument inzicht kan geven over de financiële gevolgen. In mei 2015 heeft de NZa deze nadere regel geconsulteerd bij zorgverzekeraars en consumentenorganisaties. Naar verwachting zal de NZa de definitieve nadere regel begin juli vaststellen en zal deze per november 2015 in werking treden.

Inkijkvoorziening

Om vooraf meer helderheid te geven over de vergoeding van een behandeling en de mogelijke eigen bijdrage die een patiënt betaalt, heb ik in mijn brief over het jaar van de transparantie, d.d. 2 maart 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 149) opgenomen dat «zorgverzekeraars waar nodig de informatie op hun website zullen verbeteren over ondermeer gecontracteerde zorgverleners». Daarnaast stel ik in dezelfde brief dat «zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders een instrument ontwikkelen waarmee zorgaanbieders kunnen zien welke polis de patiënt heeft en welke gevolgen dit heeft voor de vergoeding». De planning is erop gericht dat het instrument eind 2015 beschikbaar is voor ziekenhuizen. Partijen geven mij aan dat ze op beide punten de benodigde voortgang maken. In de volgende voortgangsbrief kostenbewustzijn zal ik u in meer detail informeren over de stand van zaken op deze activiteiten.

Hoge ervaren kosten

In de periode november 2013 tot april 2014 heeft de Nationale ombudsman samen met de Consumentenbond een meldpunt opengesteld over inzicht in de zorgkosten. Uit de 330 meldingen die daar zijn binnen gekomen kwam onder andere naar voren dat patiënten en verzekerden, ook als zij een goed inzicht hebben in hun zorgkosten, de kosten van hun behandeling als disproportioneel hoog ervaren. Dit volgt ook uit andere meldpunten, zoals de eerdergenoemde test rond de ziekenhuisrekeningen van de Consumentenbond. Er zijn diverse verklaringen voor de hoog ervaren kosten, zoals patiënten die voor hun behandeling ten onrechte naar een Spoedeisende Hulppost (SEH) zijn gegaan, waar ze ook op de goedkopere huisartsenpost (HAP) behandeld hadden kunnen worden. Een tweede reden voor de hoog ervaren kosten ligt in de financieringssystematiek, die uitgaat van gemiddelde prijzen per DBC. Indien bij een patiënt verhoudingsgewijs weinig zorgactiviteiten zijn uitgevoerd, dan worden de kosten voor een DBC als hoog ervaren. Er is bewust gekozen om met gemiddelde prijzen per DBC te werken, omdat dit een doelmatigheidsprikkel voor aanbieders geeft. Wanneer betaald zou worden voor verrichtingen, dan zou het aantal uitgevoerde verrichtingen naar verwachting toenemen en dat zou een negatief effect op de betaalbaarheid van zorg hebben. Dat neemt niet weg dat ik binnen de

huidige financieringssystematiek een aantal stappen heb gezet om ervoor te zorgen dat de hoogte van de prijzen zo reëel mogelijk is.

Om zorgverzekeraars en zorgaanbieders maximaal in staat te stellen om reële prijzen voor DBC's af te spreken heb ik de NZa gevraagd de productstructuur van de SEH en de polikliniek onder de loep te nemen. Juist daar is het van belang dat er reële prijzen worden gerekend. De hoogte van de prijs kan daar namelijk net het verschil uitmaken of iemands eigen risico helemaal wordt aangeslagen, of maar gedeeltelijk. De NZa heeft daarop besloten dat behandelingen op de spoedeisende hulp en eenvoudige poliklinische behandelingen voortaan worden ingedeeld in lichte, middelzware of zware behandelingen. Deze indeling in drie categorieën maakt dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars reële prijzen kunnen afspreken die overeenkomen met de complexiteit van de behandeling. Voor patiënten wordt de ziekenhuisrekening begrijpelijker en zij kunnen makkelijker controleren of de rekening juist is. Deze wijziging in de productstructuur gaat in per 1 januari 2016. Bij dit soort aanpassingen in de productstructuur moet altijd de afweging gemaakt worden tussen rust in de bekostiging aan de ene kant en het mogelijk maken van reëlere prijzen aan de andere kant. Gezien het belang van reële prijzen heb ik er voor gekozen de productstructuur te laten aanpassen.

No show

In mijn voortgangsbrief kostenbewustzijn van 2 juli 2014 meldde ik u de laatste stand van zaken ten aanzien van de no show in de ziekenhuizen en UMC's. In onderstaande tabel is de laatste stand van zaken weergegeven.

	jan-14	apr-14	jul-14	okt-14	jan-15
NVZ	3,30%	3,00%	3,18%	3,11%	2,70%
NFU		3,88%	3,79%	3,84%	3,64%

Voor zowel de algemene ziekenhuizen als UMC's geldt dat een daling is te zien in de no show. Hieruit zou de voorzichtige conclusie getrokken kunnen worden dat handreiking «*Hoe om te gaan met No-Show binnen uw instelling*» zijn vruchten af werpt. In deze handreiking worden op basis van gerealiseerde no-show projecten praktische tips gegeven aan ziekenhuizen om hun no-show verder terug te dringen.

Vraag PVV inzake declaraties van buitenlandse patiënten

Tijdens het AO ziekenhuiszorg van 26 maart 2014 heb ik toegezegd te reageren op meldingen die de PVV heeft binnengekregen rond declaraties van buitenlandse patiënten (Kamerstuk 31 016, nr. 74). Op mijn verzoek heeft de PVV op 21 april 2015 inzicht gegeven in de specifieke melding:

«Een patiënt uit België maakte vorig jaar bij het Van Weel-Bethesda ziekenhuis in Dirksland een afspraak voor een poliklinisch consult c.q. controle. Na afloop bleek het niet mogelijk een factuur mee te krijgen zoals in België gebruikelijk is. De patiënt hield vol dat hij een rekening wilde en liefst direct wilde betalen. Het ziekenhuis zei dat het om administratieve redenen niet mogelijk was om een rekening te produceren. De patiënt vertrok na achterlating van zijn adres en kreeg een half jaar later een rekening in de bus (in België).»

Binnen de DBC systematiek is het niet mogelijk om direct na de behandeling een factuur mee te geven. De reden hiervoor is dat de behandeling eerst administratief moet worden afgesloten voordat de factuur kan

worden opgemaakt. Onderdeel daarvan is dat de gegevens uit het ziekenhuis langs de grouper gaan om onafhankelijk te bepalen welke DBC er gedeclareerd mag worden. Deze stap heb ik met de invoering van DOT bewust ingevoerd om upcoding zoveel mogelijk te voorkomen. Mij zijn geen signalen bekend van grootschalige problemen bij het innen van rekeningen bij buitenlandse patiënten. Ik ben niet voornemens mijn beleid in deze te wijzigen. Wel zet ik me ervoor in om de periode tussen het uitvoeren van de behandeling en het moment dat de patiënt zijn rekening ziet zo kort mogelijk te maken. Zo heb ik per 1 januari 2015 de maximale doorlooptijd van DBC's verkort van 365 naar 120 dagen. Daardoor krijgt een patiënt sneller inzicht in de kosten van zijn behandeling.

Concluderend

De afgelopen jaren hebben we belangrijke stappen gezet in het verhogen van het kostenbewustzijn bij patiënten en verzekerden. De eerste resultaten zijn hoopgevend; patiënten ervaren de nieuwe nota echt als inzichtelijker. Maar we zijn er nog niet. De komende periode zullen we verder moeten, onder andere met het inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling. Ik roep verzekeraars op om hier, in het jaar van de transparantie, werk van te maken. Ik zal u voor de zomer van 2016 opnieuw informeren over de stand van zaken in het traject kostenbewustzijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers